

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DELL'ADERENTE

(IVASS n° 40/2018 art. 58)

Così come disposto dal Regolamento IVASS n° 40/2018 art. 58, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, le informazioni necessarie a valutare la coerenza del contratto che intende sottoscrivere rispetto alle Sue esigenze. La mancanza di tali informazioni impedisce la valutazione della coerenza del prodotto rispetto alle Sue esigenze ed impedisce la possibilità di aderire alla polizza.

PRIMA DI INIZIARE LA COMPILAZIONE DEL SEGUENTE QUESTIONARIO LE RACCOMANDIAMO DI LEGGERE ATTENTAMENTE LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE CON SPECIFICO RIGUARDO ALLE FRANCHIGIE/SCOPERTI E LIMITAZIONI/ESCLUSIONI.

INFORMAZIONI DI BASE

DICHIARANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

COD.FISCALE/P.IVA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

UBICAZIONE/INDIRIZZO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

N° | | | | |

CITTA' | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CAP | | | | | | |

ANALISI ASSICURATIVA

1) Lei è possessore di arnie, alveari e apidee?

☐ Si;

☐ No;

2) Lei è un produttore di miele e/o apicoltore amatoriale nonché socio di Aspromiele e/o abbonato alla rivista L'Apis?

☐ Si;

☐ No;

3) Lei è interessato ad assicurarsi per il furto degli alveari?

☐ Si;

☐ No;

N.B. La garanzia prestata prevede talvolta limitazioni/esclusioni della prestazione. Il suo intermediario è a disposizione per illustrarle nel dettaglio ogni contenuto di polizza. Le raccomandiamo, comunque, di leggere attentamente le condizioni di assicurazione con specifico riguardo alle parti evidenziate in grassetto.

Data

Firma Intermediario

Firma Dichiarante (potenziale Contraente)

A. Se al questionario ha risposto a tutte le domande SI e desidera procedere, confermi per cortesia in questo spazio la sua volontà di procedere:

Gentile Assicurato,
avendo lei, puntualmente ed esaurientemente, fornito le informazioni al questionario sopra, il contratto risulta essere deguat. Proceda dunque con l'acquisto seguendo le modalità indicate e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento all'operatore incaricato.

Confermo di voler procedere ☐ SI

Luogo e data

Firma dell'interessato (leggibile)

Firma dell'intermediario

B. DICHIARAZIONE DI RIFIUTO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

B. Se ha deciso di non rispondere ad una o più domande e desidera procedere, firmi per cortesia in questo spazio:

Gentile Assicurato
ha scelto di non rispondere ad una o più domande del questionario, pur consapevole che ciò non ci permetterà di valutare se la proposta è coerente con le sue richieste ed esigenze assicurative.

Apponendo la firma nello spazio sottostante lei dichiara di non voler fornire le informazioni richieste.

Non sarà possibile aderire alla polizza.

Luogo e data

Firma Dichiarante (potenziale Contraente)

Firma Intermediario

AFFINCHÉ REALE MUTUA ASSICURAZIONI, ASPROMIELE E PULSAR RISK SRL POSSANO TRATTARE I SUOI DATI PERSONALI, È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RIPORTATO DI SEGUITO

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili

Preso atto dell'informativa allegata, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016 Codice in materia di protezione dei dati personali, **ACCONSENTO** al trattamento dei dati personali, anche sensibili, che mi/ci riguardano, funzionale all'esercizio dell'attività assicurativa;

Rimane fermo che il mio consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Consenso al trattamento dei dati personali comuni per finalità commerciali

Preso visione dell'Informativa Privacy allegata, consapevole che il mio consenso è puramente facoltativo, oltre al revocabile in qualsiasi momento, esprimo il consenso al trattamento dei miei dati per le finalità di carattere commerciale

AFFINCHÉ REALE MUTUA ASSICURAZIONI, ASPROMIELE E PULSAR RIK SRL POSSANO TRATTARE I SUOI DATI PERSONALI, È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RIPORTATO DI SEGUITO

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili

Preso atto dell'informativa allegata, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016 Codice in materia di protezione dei dati personali, **ACCONSENTO** al trattamento dei dati personali, anche sensibili, che mi riguardano, funzionale all'esercizio dell'attività assistenziale complementare;

Rimane fermo che il mio consenso e quello dei miei familiari assicurati è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Nome e cognome dell'interessato (*in stampatello*) _____

(Firma del titolare di polizza) _____

Consenso al trattamento dei dati personali comuni per finalità commerciali

Preso visione dell'Informativa Privacy allegata, consapevole che il mio consenso è facoltativo, oltre che revocabile in qualsiasi momento, esprimo il consenso al trattamento dei miei dati per le finalità di marketing indicate: invio di comunicazioni commerciali/promozionali, tramite modalità automatizzate di contatto (come e-mail, sms o mms) e tradizionali (come telefonate con operatore e posta tradizionale) sui propri prodotti e servizi, segnalazione di eventi aziendali, rilevazione del grado di soddisfazione della clientela, nonché realizzazione di indagini di mercato ed analisi statistiche.

Nome e cognome dell'interessato (*in stampatello*) _____

(Firma del titolare di polizza) _____

Luogo e data _____

Firma (leggibile) _____